DISSERTATION

N° 43.

SUR

LA FIÈVRE TYPHOÏDE;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 4 mars 1831, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR MAXIME-SAINT-TAURIN CLÉRISSE, de Hastingues,

Département des Landes.

Ratio observationi adjungatur.

BAGLIVI.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n°. 13.

1831.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. DUBOIS, Doyen.	Messieurs
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	.....
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	.....
Histoire naturelle médicale	.....
Pharmacologie	DEYEUX, *Suppléant.*
Hygiène	DES GENETTES, *Examinateur.*
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. ROUX.
Pathologie médicale	DUMÉRIL. ANDRAL.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON, *Examinateur.*
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	MOREAU.
Clinique médicale	LEROUX. FOUQUIER, *Président.* ..... CHOMEL.
Clinique chirurgicale	BOYER, *Examinateur.* DUBOIS. DUPUYTREN.
Clinique d'accouchemens	.....

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, LALLEMENT.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs
Baudelocque.	Dubled.
Bayle, *Suppléant.*	Dubois.
Berard.	Gerdy, *Examinateur.*
Blandin.	Gibert, *Examinateur.*
Bouillaud.	Hatin.
Bouvier.	Lisfranc.
Briquet.	Martin Solon.
Brongniart.	Piorry.
Cloquet.	Rochoux,
Cottereau.	Sandras.
Dance.	Trousseau.
Devergie.	Velpeau.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

DILECTISSIMIS

PARENTIBUS.

M.-St.-T. CLÉRISSE.

PARENTIBUS.

DISSERTATION

SUR

LA FIÈVRE TYPHOÏDE.

Avec M. le professeur *Chomel* et M. *Louis*, avec M. *Neumann*, médecin de la Charité à Berlin, nous nommons *affection* ou *fièvre typhoïde* toute maladie grave après laquelle on trouve le plus souvent la tuméfaction ou l'ulcération des glandes de *Peyer* et de *Brunner*. Cette affection, qui de tous les temps a appelé si vivement l'attention des médecins, et par la gravité de ses symptômes, et par le grand nombre d'individus qu'elle attaque, a reçu différentes dénominations, suivant les idées que chacun se faisait de sa nature : ainsi Hippocrate la nommait *καυσος*; Galien, *synoque-putride*; Sydenham, *fièvre pestilentielle*; Morgagni, *fièvre maligne*; Sauvages, *typhus*; Stoll l'appela *fièvre putride*, et ce nom a joui long-temps de la faveur populaire. Pinel l'a nommée *fièvre adynamique*, *ataxo-adynamique*; Rasori, *fièvre pétéchiale*; MM. Petit et Serres, *fièvre entéro-mésentérique*; M. Broussais, *gastro-entérite grave*; M. Andral, *fièvre exanthématique*; M. Bretonneau, *dothinenterie*, etc., etc.

Les anciens médecins n'avaient pas même soupçonné la lésion intestinale qui accompagne le plus ordinairement la fièvre typhoïde. Ce n'est qu'en 1761 que *Rœderer* et *Wagler*, les premiers, portèrent leur

attention sur le canal intestinal, dans ces affections qu'ils désignèrent sous le nom de *fièvres muqueuses*. Plus tard, en 1804, M. *Prost*, dans son ouvrage de la Médecine éclairée par l'observation et les ouvertures de corps, a décrit les ulcérations qu'il a rencontrées dans l'iléon et dans la valvule de *Bauhin ;* mais il ne paraît pas en avoir connu le véritable siége. En 1813, MM. *Petit* et *Serres*, dans leur Traité de la fièvre entéro-mésentérique, ont regardé cette maladie comme une affection *sui generis* distincte des fièvres adynamiques. Ils ont noté les ulcérations du canal intestinal ; mais il ne paraît pas qu'ils aient reconnu l'existence de ces ulcérations dans les glandes de *Peyer* et de *Brunner*, puisqu'ils ne les désignent jamais sous leur nom. En 1817, 1818 et 1819, des épidémies intenses de fièvres typhoïdes ayant régné en Tourraine, M. *Bretonneau*, médecin en chef de l'hôpital de Tours, n'eut que trop d'occasions de multiplier ses recherches sur cette cruelle maladie. De nombreuses ouvertures de corps le confirmèrent dans la croyance qu'il avait déjà, que les glandes de *Peyer* et de *Brunner* étaient le siége spécial de cette affection, et les lésions anatomiques lui ayant toujours paru identiquement les mêmes, il lui imposa le nom de *dothinenterie* (de δοθιην, *furoncle*, et εντερον, *intestin.*) Dans les hôpitaux et dans la pratique civile de Paris, on n'est pas toujours arrivé aux mêmes résultats que le célèbre médecin de Tours. Ainsi depuis plus de quinze ans des recherches en grand nombre sur l'affection qui nous occupe ont été faites avec le plus grand soin par nos plus savans observateurs, et il est résulté de leurs recherches pathologiques que l'affection intestinale n'est pas constante dans la fièvre typhoïde, bien qu'elle existe cependant dans la très-grande majorité des cas. On a aussi constaté que la gravité des symptômes n'est pas toujours en rapport avec l'étendue et l'intensité de la lésion intestinale.

Étiologie.

On voit régner la fièvre typhoïde chez des individus placés dans des conditions si différentes, qu'il devient impossible de déterminer les causes qui concourent au développement de cette maladie :

Les chagrins, les angoisses de la misère, une alimentation malsaine ou insuffisante, les fatigues, les longues veilles, les écarts de régime, divers genres d'excès ont été rangés parmi les causes qui donnent lieu au développement de l'affection typhoïde. Mais chez un grand nombre de malades on n'a trouvé aucune de ces circonstances; on a regardé les miasmes des lieux de dissection comme l'une des causes qui rend la fièvre typhoïde assez commune parmi les élèves en médecine. Une circonstance beaucoup plus générale, suivant M. *Andral*, à qui nous empruntons ces réflexions, c'est l'arrivée nouvelle à Paris. « Ce n'est pas, dit-il, dans les premiers temps du séjour à Paris que la santé se dérange le plus ordinairement, c'est le plus souvent après une habitation de six à quinze mois, c'est dans cet intervalle de temps que l'on a vu en être frappés le plus communément les élèves en médecine et en droit, aussi bien que les jeunes ouvriers qui viennent chercher un asile dans nos hôpitaux. » (Clinique médicale, t. 3, p. 448.)

Est-ce sous l'influence atmosphérique que l'on voit se développer la fièvre typhoïde? On l'a vue régner dans toutes les saisons ; on a vu des épidémies commencer en été, ne se terminer qu'au printemps ; d'autres commencer en hiver et ne finir qu'en automne.

On ne peut pas non plus assigner comme une des causes de cette affection les lieux bas et humides, puisqu'on l'a vue régner dans les endroits soumis aux conditions les plus opposées.

On ne rencontre pas la même incertitude dans les conditions d'âge. C'est surtout chez les jeunes sujets que l'on voit le plus souvent se développer l'affection typhoïde. MM. *Petit* et *Serres*, dans

leurs recherches sur la fièvre entéro-mésentérique, M. *Louis*, dans ses travaux sur la gastro-entérite grave, n'ont jamais rencontré cette maladie que chez des sujets âgés, terme moyen, de quatorze à trente ans. Après cet âge elle devient plus rare, et si elle attaque les vieillards, on trouve rarement chez eux ces lésions intestinales, presque constantes chez les adultes. Nous avons eu une fois l'occasion de vérifier cette remarque, consignée dans la Clinique médicale de M. *Andral.*

Les individus de constitutions les plus diverses sont exposés aux atteintes de la fièvre typhoïde, elle attaque également l'homme robuste et l'homme débile, le tempérament lymphatique comme le tempérament sanguin.

L'affection qui nous occupe une fois développée peut-elle se propager par contagion? En lisant les faits nombreux rapportés par MM. les docteurs *Gendron* et *Bretonneau*, dans les Archives générales de médecine, on serait tenté de répondre affirmativement. Ces deux médecins pensent que la contagion est dans la plupart des cas la cause qui semble donner naissance à la dothinenterie, et ils ont eu surtout l'occasion de l'observer dans les campagnes et dans les villages. Voilà l'opinion de MM. *Gendron* et *Bretonneau;* en voici une autre, et c'est celle de la plupart des médecins de Paris. D'après eux, nous dirons qu'il a été impossible de démontrer la contagion de la fièvre typhoïde dans la capitale, où on a si souvent et depuis si long-temps eu l'occasion de l'observer. Jamais dans les hôpitaux, ni hors les hôpitaux on n'a vu qu'elle se transmettait de l'individu qui venait du dehors à ceux qui étaient couchés dans les lits voisins; jamais enfin on n'a vu cette maladie atteindre les personnes qui approchaient et soignaient celles qui en étaient affectées, et toutes celles qui vivaient dans la même atmosphère. Entre ces deux opinions diverses, soutenues de part et d'autre par des hommes d'un rare mérite, s'il nous était permis de donner notre avis, nous pencherions naturellement vers celle des maîtres dont nous suivons depuis quel-

ques années les leçons ; mais nous aimons mieux nous en rapporter au temps et à de nouvelles recherches sur le soin de trancher les difficultés qui entourent cette grave question étiologique. Enfin, qu'elle soit sporadique, épidémique ou contagieuse, toujours est-il que les causes de l'affection typhoïde nous sont entièrement inconnues.

Symptômes précurseurs.

L'anorexie est le syptôme qui le plus fréquemment précède la fièvre typhoïde. Plusieurs jours avant de prendre le lit, quelquefois un mois, six semaines auparavant, les malades perdent l'appétit ; parfois c'est le seul dérangement qu'ils éprouvent ; mais le plus souvent d'autres symptômes viennent se joindre à celui-là. Les malades accusent un malaise général, des lassitudes, de la céphalalgie, une sensation de froid presque continue, des douleurs dans les reins, dans les membres ; leur sommeil est troublé par des rêves : *Somni turbati et non reficientes* (Stoll) ; leur corps se couvre de sueurs nidoreuses. Souvent il survient de la diarrhée, et nous avons vu plusieurs fois ce symptôme précéder de six semaines, deux mois, trois mois, l'invasion de la maladie. Quelquefois les prodromes revêtent le type intermittent. En général on a remarqué que plus ces symptômes précurseurs étaient longs à se développer, plus le prognostic devait paraître grave.

Symptômes propres ; marche, durée, terminaison.

Les symptômes qui se manifestent successivement varient suivant l'intensité de l'affection. Quand elle est légère, les symptômes que nous avons déjà indiqué se manifestent sans beaucoup s'aggraver. L'état du pouls indique la présence d'une fièvre peu intense ; le sommeil des malades est tourmenté par des rêvasseries ; quand ils sont debout ils éprouvent des vertiges, leur démarche est celle d'un

homme ivre ; la stupeur et la prostration des forces existent sans cependant être très-prononcées ; quelquefois on a remarqué du délire nocturne. Les réponses sont lentes ; la bouche est mauvaise, la langue se couvre d'un enduit jaunâtre vers sa base, ses bords et sa pointe sont rouges ; l'épigastre est douloureux ; des nausées et des vomissemens ont quelquefois lieu ; l'abdomen est légèrement sensible, surtout dans la région iliaque droite, il est ballonné ; il existe souvent de la diarrhée, rarement de la constipation. A ces symptômes se joint souvent une inflammation des bronches. Chez quelques sujets à tempérament sanguin le pouls est plein et fréquent, les yeux sont rouges, larmoyans, le visage est coloré. La peau, rarement très-chaude, se couvre, vers le huitième ou dixième jour, de sudamina, qui donnent à la main la sensation de grains de sable. C'est vers cet époque que se montrent aussi ces taches que M. *Chomel* nomme *typhoïdes*, ces pétéchies de couleur rosée, légèrement élevées au-dessus de la peau, qui disparaissent par desquamation au bout de cinq à six jours; elles sont ordinairement en petite quantité. Il n'en est pas de même des sudamina, qui, semblables à des gouttelettes de sueur, recouvrent par milliers le cou, la poitrine ou l'abdomen. C'est le siége qu'affectent le plus communément les deux sortes d'éruption que nous venons de mentionner. Ces symptômes, qui caractérisent une fièvre typhoïde légère, disparaissent progressivement vers le troisième septénaire, époque à laquelle le malade entre en convalescence. Ce terme n'est cependant pas tout à fait rigoureux : nous avons vu des malades présenter pendant un mois entier les symptômes d'une affection typhoïde légère, et n'entrer véritablement en convalescence qu'au bout de six semaines, deux mois.

Si l'affection doit être grave, on voit apparaître dès les premiers jours une exacerbation rapide dans l'ensemble des symptômes que nous venons de faire connaître. Les malades tombent dans une prostration extrême ; le décubitus, a-t-on dit, est impossible autrement que sur le dos. (Cependant nous avons observé dernièrement, à la

Charité, un malade qui, pendant le cours d'une fièvre tiphoïde très-grave, à laquelle il a succombé, est resté constamment couché sur le côté.) La peau est sèche, chaude, âcre; il survient des épistaxis; le pouls est fréquent, souvent il est si faible qu'on ne peut le saisir et en compter les pulsations; tantôt il est irrégulier, tremblotant, tantôt, et c'est un cas fort rare, il est fort et résistant. Le teint des malades est livide, quelquefois il reste coloré comme dans l'état de santé; la physionomie exprime la stupeur, les yeux sont saillans, il existe parfois du strabisme; les ailes du nez sont dilatées, le sens de l'ouïe s'affaiblit. Les fonctions de l'entendement sont dans une sorte d'anéantissement; les malades ne répondent pas aux questions qui leur sont adressées, ou bien leurs réponses sont lentes, saccadées; leurs mouvemens pénibles; et souvent on remarque chez eux une grande tendance à tomber du lit, des soubresauts dans les tendons, de la carphologie; d'autres fois c'est une somnolence dont on ne peut tirer le malade, son délire augmente, et souvent il est plus prononcé la nuit que le jour. Les lèvres se couvrent de mucosités poisseuses; la langue est sèche, râpeuse, couvertes de gerçures qui laissent exsuder ce mucus sanguinolent, ces foliginosités dont s'encroûtent les dents et les lèvres. La région iliaque droite est plus ou moins sensible; la diarrhée augmente, des selles involontaires très-fétides ont lieu; les urines s'écoulent avec peine, et quelquefois on est obligé d'avoir recours à la sonde pour vider la vessie. Les parties saillantes sur lesquelles repose le malade, telles que le sacrum, les trochanters, se couvrent d'escharres, auxquelles succèdent souvent de profondes ulcérations. Cette tendance gangréneuse ne s'observe pas seulement sur les parties qui supportent le poids du corps; nous avons vu des piqûres de sangsues, des plaies de vésicatoires se changer en autant d'ulcères de fort lente guérison. Il est rare qu'une bronchite, une laryngite ou quelque autre inflammation ne vienne s'ajouter au cortège formidable des symptômes que nous venons d'exposer. La toux est quelquefois bien pénible; la percussion est sonore partout, l'aucultation fait

souvent entendre une espèce de râle crépitant, d'autres fois c'est du râle sibillant, du râle muqueux. L'expectoration varie : tantôt grise et comme puriforme, tantôt muqueuse et parfois même visqueuse.

Quand une issue funeste doit avoir lieu, ces symptômes, parvenus à leur summum d'intensité vers la fin du troisième septénaire, persistent, s'aggravent encore, et la mort vient terminer ce triste tableau. Quelquefois les malades n'échappent aux graves dangers de la fièvre typhoïde que pour succomber plus tard aux accidens que trop souvent elle entraîne après elle : ainsi ils succombent à des hémorrhagies intestinales, à l'abondance de la suppuration des plaies du sacrum ; ainsi un malade semble revenir peu à peu à la santé, lorsque toup à coup il éprouve dans l'abdomen une douleur vive, déchirante, suivie de vomissemens, d'horripilations, de la décomposition des traits. A ces signes terribles on ne peut douter d'une perforation de l'intestin, et l'autopsie ne vient que trop tôt confirmer le diagnostic d'une péritonite aiguë occasionée par l'épanchement de matières dans le péritoine.

Quand la fièvre typhoïde doit se terminer heureusement, tous les symptômes que nous venons d'énumérer, après avoir persisté plus ou moins long-temps, s'amendent sensiblement ; des sueurs abondantes, une nouvelle éruption de sudamina, un mieux-être gradué dans toute l'habitude du malade, le retour du sommeil, de l'appétit, des forces, font assez voir que les jours du danger sont passés, et le malade atteint, non sans peine, une convalescence souvent très-longue.

Prognostic.

C'est avec la plus grande réserve que le médecin devra porter son jugement sur l'issue de cette maladie. L'expérience a prouvé qu'à la vue d'un péril prochain il ne doit pas perdre tout espoir, et qu'il ne doit pas non plus proclamer la guérison quand il a observé un

amendement dans quelques symptômes ; cet heureux présage pourrait bien être démenti aux dépens du malheureux malade et de la réputation du médecin.

Pour établir le prognostic, on aura égard aux circonstances dans lesquelles se trouvait le malade avant qu'il ne fût atteint de la maladie, aux circonstances dans lesquelles il se trouve actuellement ; on aura égard à la simplicité ou à la complication de la maladie, à la légèreté ou à la gravité des symptômes qui se manifestent, à leur marche lente ou rapide. Quand les symptômes, déjà fort graves, ne feront qu'augmenter d'intensité, on pourra présager une terminaison funeste ; une issue heureuse, au contraire, sera probable quand les symptômes, déjà légers, ne s'aggraveront pas, quand les symptômes graves diminueront graduellement. Le médecin aura égard aux complications de la maladie. Nous avons déjà indiqué combien est grave le prognostic d'une perforation de l'intestin ; l'abondante suppuration qui succède à la chute des escharres du sacrum a souvent entraîné la perte du malade, qui a échappé aux premiers dangers de la fièvre typhoïde.

Traitement.

On s'est servi, pour combattre la maladie qui nous occupe, des méthodes les plus différentes, et chacun lui a appliqué un traitement suivant l'idée qu'il s'était faite de sa nature. Parmi les anciens médecins, ceux qui l'appelaient *fièvre putride*, et qui par là désignaient l'altération du sang provenant de la putridité des humeurs, ceux-là la traitaient tour à tour par les astringens, les fortifians, les excitans, etc., etc. ; les médecins humoristes prodiguaient de leur côté l'ipécacuanha, l'émétique et tous les purgatifs. De nos jours, la dissidence est presque aussi grande : les partisans de la doctrine physiologique, ne voyant dans cette maladie qu'une inflammation de la membrane muqueuse gastro-intestinale, ont adopté exclusive-

ment la méthode antiphlogistique ; d'autres, administrent aussi exclusivement les toniques ; d'autres encore les purgatifs. Pour nous, qui avons eu le bonheur d'étudier sous des maîtres qui repoussent toute médication exclusive, nous pensons avec eux que les moyens curatifs doivent être divers suivant les degrés de la maladie, suivant les variétés et les nuances qu'elle est susceptible de revêtir.

Quand elle se montre avec des symptômes inflammatoires, quand l'individu est jeune, d'une constitution robuste, quand le pouls est résistant, une saignée sera faite, des boissons émollientes seront administrées. Si les symptômes inflammatoires persistent, on pourra revenir à la saignée.

Existe-t-il des signes ataxiques, des signes de congestion vers le cerveau, des sangsues seront placées aux apophyses ou aux tempes, on administrera des boissons délayantes. Les phlegmasies qui compliquent la fièvre typhoïde seront combattues par des émissions sanguines; mais qu'on use de ce moyen avec la plus grande réserve, si l'on veut ne pas voir s'augmenter la prostration des malades.

La fièvre typhoïde sera traitée différemment suivant son degré d'intensité : se montre-t-elle avec des symptômes qui éloignent toute idée de gravité, les boissons délayantes, légèrement acidulées, l'eau gazeuse ; pour régime, des bouillons et quelques cuillerées de vin suffiront.

Si la maladie fait des progrès alarmans, si les symptômes de prostration augmentent, on ne doit pas craindre de recourir aux toniques. C'est sous l'influence des préparations de quinquina que les forces et le pouls se relèveront, que la langue, sèche et râpeuse, s'humectera, que les dents se nettoieront, que l'aspect des ulcères s'améliorera. On administre le quinquina en extrait à la dose d'un demi à un gros dans une potion. On le donne en infusion, en décoction; on le mêle avec du vin. Quand le quinquina est rejeté par le vomissement, on

l'administre en lavemens, seul ou uni au camphre. On donne aussi des lavemens de camomille camphrée. Sur l'abdomen, on fait des fomentations d'alcohol camphré, de vin aromatique et de teinture de quina.

Dans la dernière période, c'est à dire quand la prostration est arrivée à son summum d'intensité, toute évacuation sanguine nous semble du plus grand danger; alors les révulsifs, les dérivatifs seuls peuvent être employés pour combattre les inflammations qui compliquent la fièvre typhoïde, encore faudra-t-il s'en servir avec la plus grande prudence; car, comme nous l'avons déjà dit, la tendance gangréneuse est très-grande dans l'affection typhoïde, surtout dans les parties qui supportent le poids du corps. Les escharres produites par le décubitus sur le dos peuvent être évitées par de fréquens changemens de position; le malade devra se coucher souvent sur le ventre; cette précaution jointe aux soins de propreté les plus minutieux pourront prévenir la mortification des régions sacrées et trochantériennes. Si, malgré cela, la gangrène se déclare, on pansera avec l'onguent styrax, et on saupoudrera la plaie de quinquina.

La convalescence des fièvres typhoïdes étant ordinairement fort lente, on ne saurait apporter trop d'attention à l'emploi des moyens hygiéniques. Ainsi le malade évitera de prendre une trop grande quantité d'alimens ou des alimens de difficile digestion; il ne se livrera pas trop tôt à son travail, aux intempéries de la saison: l'air pur de la campagne lui conviendra mieux que l'air épais des villes. Ses alimens seront légers d'abord, et, se contentant de laits-de-poule, de crême de riz et de potages, ce n'est que peu à peu qu'il en viendra à l'usage des viandes; enfin, il ne saura user de trop de prudence jusqu'à ce que ses forces soient entièrement revenues.

Anatomie pathologique.

Nous avons dit que des lésions intestinales existaient dans la très-grande majorité des cas de fièvre typhoïde; aujourd'hui la plupart des médecins s'accordent pour en placer le siége dans les glandes de *Brunner* et de *Peyer*. Dans l'état physiologique, ces glandes s'observent dans les lacunes que laissent entre elles les villosités et les cryptes de la membrane muqueuse gastro-intestinale. Ces follicules ou glandes se présentent sous deux aspects différens : les unes isolées, semées dans toute la longueur du canal intestinal, ont reçu le nom de *follicules de Brunner;* les autres, au contraire, agglomérées, forment des plaques d'autant plus nombreuses, d'autant plus longues qu'on les observe plus près de la valvule iléo-cœcale. Ces plaques, que l'on a nommées *glandes agminées de Peyer*, et que M. *Cruveilhier* appelle *plaques gaufrées*, ne se rencontrent jamais ni dans le gros intestin, ni sur les valvules conniventes; elles sont très-développées chez les enfans, et semblent atrophiées chez les vieillards.

Il est bien difficile de signaler les caractères qui indiquent d'une manière précise la ligne qui sépare l'état physiologique des glandes de *Peyer* et de *Brunner* de ce premier degré de leur état pathologique, qui ne consiste que dans une simple tuméfaction; alors on trouve à la surface interne des intestins, surtout vers la fin de l'iléon, de très-petites saillies, des granulations isolées, là où les follicules le sont aussi; en plaques à peine élevées au-dessus du niveau de la muqueuse, là où sont les glandes agminées de *Peyer*.

Ces granulations isolées ou agglomérées peuvent acquérir un plus grand degré de développement et présenter l'aspect boutonneux : ces boutons, du volume d'un grain de chenevis ou d'un pois ordinaire, ont une forme arrondie, ils sont mobiles, pointus et recouverts par la membrane muqueuse, tantôt nombreux, tantôt en petite quantité. Nous les avons vu exister presque exclusivement dans les follicules de

Brunner, et les plaques agminées offraient un relief à peine sensible : cette disposition est rare ; le boursoufflement existe, dans le plus grand nombre des cas, également dans les follicules isolés et dans les glandes agminées. La membrane muqueuse de leur pourtour ne présente aucune trace d'inflammation ; les bords des plaques sont inégaux et circonscrivent une surface rouge, tuméfiée, hérissée de rugosités. Ces boutons, ces plaques tuméfiées marchent vers la résolution, ou bien se terminent par ulcération : dans le premier cas, c'est par un affaissement graduel qu'ils rentrent peu à peu dans leur état physiologique.

Dans le second cas, les follicules et les plaques agminées, tuméfiées de plus en plus, éprouvent à leur sommet une véritable perte de substance ; ils s'érodent et des ulcères se forment. Ces ulcères, à fond grisâtre, à bords relevés, taillés à pic, sont d'abord peu étendus, mais bientôt ils s'élargissent aux dépens de la membrane muqueuse. La désorganisation peut atteindre la tunique musculeuse, et alors il ne reste plus au fond de l'ulcère que la membrane séreuse, dont l'extrémité résiste avec difficulté aux forces qui tendent à la détruire ; c'est alors que surviennent ces perforations, ces épanchemens de matières dans le péritoine, et avec ces accidens une mort presque certaine. C'est alors que les vaisseaux mésentériques, unis à eux, fournissent ces hémorrhagies foudroyantes qui surviennent spontanément dans le cours de la maladie. Heureusement ce n'est pas toujours ainsi que se terminent les ulcères des glandes de *Peyer* et de *Brunner* ; pendant qu'il s'en forme de nouveaux, les anciens marchent plus ou moins vite vers la cicatrisation, leurs bords s'affaissent, leur profondeur diminue, et bientôt on ne voit plus à leur place qu'une rougeur plus ou moins vive.

L'altération des glandes du mésentère, si bien observées par MM. *Petit* et *Serre*, existe ordinairement en mêmes temps que les lésions intestinales que nous venons de décrire ; tantôt on les trouve rouges, tuméfiées, et leur volume peut s'accroître jusqu'à la grosseur d'un

œuf de pigeon ; tantôt leur tissu est rougeâtre, mollasse ; quelquefois on y a trouvé des collections purulentes.

C'est une chose remarquable dans la fièvre typhoïde, que la tendense de quelques organes à se rammollir. Combien de fois n'a-t-on pas rencontré un ramollissement de la membrane muqueuse de l'estomac : quelquefois on l'a trouvée détruite, ulcérée, d'autres fois seulement amincie. Souvent on a rencontré le foie et la rate rammollis. C'est une chose fort commune que de trouver, chez des individus mort de la fièvre typhoïde, le tissu musculaire pâle et facile à déchirer. On a remarqué aussi que le sang perdait sa force de cohésion ; il ressemble parfois à de la lavure de chair, et quand on le retire de la veine pendant la vie, il se couvre plus souvent d'une couenne gélatiniforme que de la couenne inflammatoire.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

Cùm morbus in vigore fuerit, tunc vel tenuissimo victu uti necesse est. *Sect.* 1, *aph* 6.

II.

Spontaneæ lassitudines morbos denuntiant. *Sect.* 2, *aph.* 5.

III.

Somnus, vigilia, utraque modum excedentia, malum. *Sect.* 2, *aph.* 3.

IV.

Senes facillimè jejunium ferunt; secundò ætate consistentes, minimè adolescentes, omnium minimè pueri; ex his autem, qui inter ipsos sunt alacriores. *Sect.* 1, *aph.* 13.

V.

Morborum acutorum non omninò tutæ sunt prædictiones, neque mortis, neque sanitatis. *Sect.* 2, *aph.* 19.